

## **Derechos y Responsabilidades**

### **Ejecución de la Manutención Infantil (CSE) 1-877-631-9973**

#### **Requisitos de elegibilidad**

Como una condición de elegibilidad, los beneficiarios deben recibir servicios de *CSE* [*Child Support Enforcement*, en inglés] y no tienen la opción de negarse a recibir ninguno de estos servicios. La oficina de *CSE* le enviará un documento por correo explicando sus derechos y responsabilidades con respecto al programa *CSE* de Nebraska.

Se requiere que los beneficiarios de Medicaid reciban los servicios de *CSE* relacionados con garantizar el soporte médico, incluyendo el establecimiento de paternidad cuando así se requiera. Los beneficiarios de Medicaid tienen la opción de negarse a recibir otros servicios del *CSE* pero deben notificarle a *CSE* que están solicitando sólo servicios IV-D relacionados con el soporte médico.

#### **Beneficios de los servicios de Manutención Infantil**

Su cooperación con la unidad de Manutención infantil (*CSE*) puede ser importante para usted y su hijo(a), ya que podría resultar en los siguientes beneficios:

- Establecer la paternidad de su hijo(a)
- Establecer o hacer que se ejecuten las órdenes y se recaude el dinero de manutención infantil y/o soporte médico; y
- Usted y su hijo(a) podrían calificar para recibir Seguro Social, beneficios para veteranos, otros servicios gubernamentales o cobertura médica.

#### **¿Qué es cooperación?**

La cooperación incluye cualquier acción relevante o necesaria para lograr los objetivos de manutención infantil. Se requiere que usted coopere con la Oficina de Ejecución de Manutención Infantil, a menos que se haya determinado un motivo suficiente para no cooperar.

**Los beneficiarios de Medicaid** que hayan sido referidos a los servicios de manutención infantil deben cooperar con la Oficina de Ejecución de Manutención Infantil para lograr los siguientes objetivos:

1. Identificación y ubicación del (los) padre o supuesto(s) padre(s) del menor que recibe beneficios de asistencia médica;
2. Establecimiento de la paternidad;

3. Establecimiento y ejecución del soporte médico;y
4. Recolección y distribución del soporte médico.

### **Circunstancias de motivo suficiente**

Usted debe contactar a su trabajador de Manutención Infantil inmediatamente si en algún momento cree que la cooperación o el procedimiento para establecer o asegurar la manutención infantil van en contra del interés superior de su(s) hijo(s), padre de familia/pariente necesitado del cuidado, y/o guardián/curador, para quien se está buscando la manutención. Deberá presentar un reclamo de motivo suficiente para poder ser eximido de cooperar con los requisitos de manutención infantil. Las siguientes son circunstancias bajo las cuales usted podría ser eximido de colaborar con los requisitos:

- Se prevé que la colaboración puede resultar en daño emocional o físico severo para usted o el menor;
- El menor nació como resultado de un acto de violación o de incesto;
- Los procedimientos judiciales están pendientes para la adopción del menor ; o
- Usted está trabajando con una agencia que le está ayudando a decidir si quiere dar al menor en adopción.

### **Para probar un motivo suficiente:**

Usted es responsable de:

- Entregar la evidencia necesaria para determinar si usted puede ser exento de los requisitos de cooperación.
- Entregar a la agencia la evidencia necesaria en un plazo de 20 días después de haber hecho el reclamo de motivo suficiente.

La Oficina de Manutención infantil puede:

- Determinar su reclamo basado en la evidencia que usted le entregó a la agencia; o
  - Decidir que se conduzca una investigación para verificar más detalladamente su reclamo. Si se decide que es necesaria una investigación, podría pedírsele entregar más información, como el nombre y la dirección de la parte que no tiene la custodia, para ayudar en la investigación.
- Si es necesario contactar al padre de familia que no tiene custodia, como parte de la investigación, el trabajador le informará a la parte que tiene la custodia que se intentará contactar a dicha persona.

### **Si usted no coopera y no presenta un motivo suficiente:**

Su riesgo de sanción es:

- Usted será considerado inelegible para asistencia médica.

### **Uso del número del Seguro Social:**

*Ley de privacidad, Notificación de 1974:* Se requiere dar su número de seguro social y el seguro social de su(s) hijo(s) en cumplimiento de la ley federal 42 U.S.C. 666 (a) (13). La oficina de Ejecución de Manutención Infantil utilizará estos números de seguro social únicamente con el objetivo de establecer y hacer cumplir la manutención infantil.

### **Autorización de divulgación de información**

Autorizo la divulgación de la información solicitada por el DHHS. La información solicitada se usará solamente para la administración de programas de asistencia pública y no será divulgada a ninguna otra persona o agencia fuera del DHHS, con excepción, según entiendo, que el DHHS puede divulgar la información a otra agencia cuando los servicios de dicha agencia hayan sido solicitados o cuando el objetivo de obtener información sea prestarme servicios a mí o prestarle servicios a cualquier miembro de la unidad de asistencia. Esta divulgación de información tiene efecto mientras yo esté solicitando o sea beneficiario de asistencia pública, o sea un miembro responsable económicamente; y por cualquier investigación posterior concerniente a mi elegibilidad y recepción de beneficios.

### **Para información sobre sus derechos y responsabilidades vea 477 NAC 3-002 y 3003.**

### **AUDIENCIAS JUSTAS:**

Si usted no está de acuerdo con alguna acción tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) que afecte sus beneficios, puede solicitar una audiencia justa verbalmente o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del hogar o un representante, como un asesor legal, un familiar, un amigo u otro portavoz. Usted puede continuar recibiendo su actual nivel de asistencia hasta que se tome una decisión si solicita una audiencia dentro de los diez días después de la fecha de la notificación por parte de la agencia. Una petición para una audiencia justa se debe hacer dentro de los primeros 90 días después de la acción o la omisión. Usted o su representante tienen derecho a examinar el archivo de su caso. En la audiencia, Ud. puede representarse a sí mismo, o ser representado por otra persona.

### **DERECHOS CIVILES**

De conformidad la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (*USDA*, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (*HHS*, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido

discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Bajo la Ley de Cupones para Alimentos y las políticas del USDA, también se prohíbe discriminar por creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja por discriminación, contacte al USDA o al HHS. Escriba al USDA,

Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building ,1400 Independence Avenue,

S.W., Washington D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz Y TDD). Escribale al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

### **REGISTRO DEL VOTANTE**

Por favor note que la información y la oficina a la que hizo la solicitud permanecerán confidenciales y solamente serán usadas para efectos de registro del votante. El hecho de solicitar registrarse o de no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia o servicios que le serán proporcionados por esta agencia. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a no registrarse para votar; su derecho a la privacidad para decidir si quiere o no quiere registrarse; a hacer petición para registrarse para votar; o a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja al:

**Nebraska Secretary of State, State Capitol Building, Lincoln, NE 68509-4608  
Teléfono: (402) 471-2554**

### **REPORTAR CAMBIOS PARA MEDICAID**

Reporte todos los cambios en un plazo de 10 días al DHHS. **Vea 477 NAC 3-003.**

### **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL / CIUDADANÍA**

El DHHS pide los números de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) de todos los individuos para quienes se están solicitando los beneficios; de acuerdo con los requerimientos del Seguro Social federal. A los individuos que no estén solicitando asistencia para sí mismos no se les requiere tener o presentar un SSN. Si el individuo es responsable económicamente por otros en la unidad de asistencia, el SSN se utilizará para verificar los ingresos y/o recursos a través de un programa computarizado de comparación de datos, tal como se indica a continuación; u otros contactos, para determinar la elegibilidad de los individuos que pidan asistencia. Si no se provee el SSN, la unidad de asistencia debe asumir la responsabilidad de proveer la información necesaria para determinar la elegibilidad de quienes están pidiendo asistencia. Cualquier SSN se usará y será divulgado de la misma manera que los SSN de los participantes que son elegibles. El SSN de cada persona en la unidad de asistencia que haya proporcionado

dicho número, será verificado a través de un sistema computarizado de comparación de datos con las siguientes agencias; con el fin de determinar la elegibilidad: Registro Civil (*Vital Statistics*) Compensación por Desempleo (*Unemployment Compensation*) Manutención Infantil (*Child Support*) Recursos e Ingresos (*Resources and Income*), Beneficios de Seguro Social (*Social Security Benefits*) Seguridad de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income*) y Beneficios para Veteranos (*Veteran's Benefits*).

*Estos servicios serán verificados con la información recibida de las siguientes agencias: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, (Department of Health and Human Services) el Departamento del Trabajo de Nebraska (Nebraska Department of Labor), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el Secretario del Tribunal del Distrito (Clerk of the District Court), el Centro de Pagos de Manutención Infantil (Child Support Payment Center), el Servicio de Recaudación de Impuestos (Internal Revenue Service) y la Administración de Servicios para Veteranos (Veteran's Administration).*

La información recibida de parte de estas agencias es utilizada y verificada y puede afectar el nivel de beneficios que recibe. Los SSN también son verificados en el sistema computarizado de comparación de datos y en las revisiones o las auditorías de los programas, para asegurarse de que cada hogar reciba la cantidad de beneficios correcta. Esto puede resultar en que se lleven a cabo acciones penales, o civiles o reclamos administrativos contra las personas que participen de manera fraudulenta.

Si usted está solicitando los beneficios de Medicaid, en esta solicitud se le pide que nos informe del estatus de ciudadanía y de inmigración de las personas de su hogar. También se le pide que nos dé los números de Seguro Social (SSN) de todos los miembros del hogar. Utilizamos los SSN para verificar información tal como ingresos. Si alguien de su hogar no tiene SSN podemos ayudarle a que lo pida para que no haya retrasos en su solicitud.

Solamente las personas que presenten información sobre el estatus de inmigración y los SSN pueden recibir los beneficios de Medicaid. Si algún miembro de su hogar o de su familia no desea solicitar beneficios Medicaid, no necesita darnos información sobre el estatus de inmigración o su SSN; sin embargo, aún debe darnos la información necesaria para determinar la elegibilidad de las otras personas de su hogar. Ud. puede retirar su petición de beneficios para estas personas o puede retirar la solicitud en su totalidad.

## **MEDICAID**

**Responsabilidad de la tercera parte:** los individuos que reciben Asistencia Médica (Medicaid) le asignan al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) el derecho de cualquier apoyo médico u otro pago de cuidado médico, aceptan cooperar con el DHHS para establecer la paternidad y cooperar con el DHHS para contactar a

cualquier tercera parte que esté disponible, tal como cualquier pago de seguro o acuerdo ordenado por el tribunal. Los beneficios de Medicare no son asignados. Los individuos deben cooperar con el DHHS para obtener el reembolso por el costo de cuidado médico y por los servicios proporcionados a cualquier miembro de la unidad de asistencia. No cooperar resultará en la terminación de la elegibilidad para asistencia médica para ese individuo. El DHHS cancelará el requisito de cooperación si determina que el individuo tiene una buena causa para negarse a cooperar. Si en algún momento usted quiere reclamar buena causa, debe decirle al DHHS que piensa que tiene una buena causa. Debe informar a su trabajador de caso que usted piensa que tiene una buena causa. Buena causa es la determinación por parte del DHHS de que cooperar en este caso va en contra del interés superior del menor o del individuo, porque se prevé que dicha cooperación resultaría en represalia, y causaría daño físico o emocional al individuo o a otra persona. **ESTATUTOS REVISADOS DE NEBRASKA §§ 68-716, 68916, y 68-917.**

**Divulgación de los archivos médicos:** si así se requiere, toda persona que tenga archivos e información, o custodia de tales archivos, de los beneficiarios de Medicaid que recibe un acuerdo del seguro o un acuerdo ordenado por el tribunal debe notificar al DHHS de tal acuerdo y le debe reembolsar por la asistencia médica que el DHHS pagó previamente.

#### Medicaid:

- Presente la prueba de su elegibilidad actual para Medicaid a los proveedores de servicios médicos antes de recibir dichos servicios.
- Pregunte a su proveedor médico o al DHHS cuáles servicios son cubiertos.
- Informe al DHHS y a sus proveedores médicos de cualquier cobertura médica que usted tenga (incluyendo cobertura dental)
- Acepte inscribirse en un plan de seguro de salud ofrecido por su empleador si el DHHS determina que es costo-efectivo.
- Acepte cumplir con los requisitos de managed care.
- Pague el costo de todos los gastos médicos que no sean cubiertos.
- Si recibe cualquier factura o estado de cuenta por parte de sus proveedores o agencias de cobranza, usted es responsable de informarles de inmediato que tiene cobertura a través de Medicaid Nebraska.

El incumplimiento de ciertas condiciones puede resultar en que usted tenga que hacerse cargo de pagar las facturas.

**Requisito de anualidad:** como condición para recibir cobertura de asistencia médica para los servicios de cuidado a largo plazo para usted o su cónyuge, el DHHS debe ser nombrado beneficiario designado de cualquier anualidad (pensión vitalicia), conforme a

los estándares establecidos por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid:** bajo la ley federal (Ley de Seguridad Social, Título 19, Sec. 1917 {42 U.S.C. 1396P}) y la ley estatal (Estatutos Revisados de Nebraska 68-919), el Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid autoriza al DHHS a hacer la recuperación de las propiedades del patrimonio de los clientes de Medicaid fallecidos que estaban internados permanentemente en una institución, o eran mayores de 55 años de edad cuando fueron otorgados los beneficios. Las leyes federales y estatales contemplan ciertas exenciones para el Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid (471 NAC 38-000). Para más información o si tiene preguntas sobre este programa, puede contactar al DHHS y pedir el folleto del Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid "Medicaid Estate Recovery".

**UNIDAD DE RESPUESTA DE VOZ (VRU) 1-855-632-7633**

Un VRU es un servicio Automatizado de Respuesta de Voz que le proveerá información acerca de su solicitud y/o beneficios. Este servicio está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, y puede accederse llamando a la línea gratuita mencionada arriba.